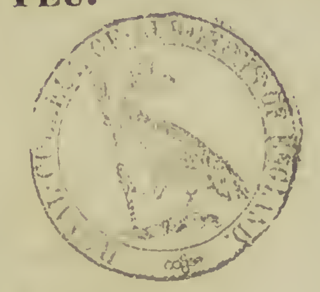
QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR DES CAS

DE RÉSECTION DES OS,

A LA SUITE DE PLAIES D'ARMES A FEU.





Thèse

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, le 28 Août 1837;

Par J.-L. DE SANTI, de Suarella (Corse); Chirurgien sous-aide.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

> Il est rare qu'on arrive tout-à-coup à l'évidence ; dans toutes les sciences, dans tous les arts, on a commencé par une espèce de tatonnement.
>
> Logiq. de Condillac, chap. IX.

Montpellier:
IMPRIMERIE DE Matthieu DUCROS,
Rue des Sœurs-Noires, n° 3, derrière l'Église St-Roch.

1837.

Aux Mânes

DE MON PÈRE

ET DE MON ONCLE L'ABBÉ POLI.

Regrets éternels..... !

A MA MÈRE.

Le fils le plus reconnaissant.

A MES FRÈRES, A MES SOEURS
ET A MES BEAUX-FRÈRES.

Amitié sans bornes.

A mes Oncles et à mes Tantes.

Témoignage de reconnaissance.

A MON MEILLEUR AMI,

Monsieur ***DE SANTI*** *(Antoine),*

Propriétaire, à Ajaccio.

En plaçant votre nom près de ceux qui me sont si chers, c'est vous faire connaître mon amitié et ma gratitude.

DE SANTI.

Avant-Propos.

Destiné de très bonne heure à l'étude de la médecine civile, je fus frappé, dès mes premiers pas dans la carrière, de la fréquence des fièvres intermittentes, qui désolent presque tous les ans les environs d'Ajaccio, ma patrie; l'étude des causes de ces maladies et les moyens de les prévenir, étaient le sujet que je m'étais proposé de traiter dans ma Thèse. Lorsque la révolution de 1830*, escortée de ses prestiges de gloire et de combats, vint changer mes idées. La chirurgie militaire s'offrait à mon imagination encore jeune, je l'embrassai avec anthousiame. Mes obligations changèrent dès ce moment. Le soldat, dans les différentes positions de sa laborieuse carrière, devait être mon unique étude.*

C'est à Lyon, où j'étais attaché à l'hôpital militaire, lors des malheureux événemens de 1834*, que je fis, pour la première fois, le triste apprentissage des funestes effets du salpêtre sur l'homme qui, par son état, se trouve le plus exposé à son action. Vingt-deux amputations furent pratiquées par notre chef, aussi actif qu'éclairé. La vue de tant de malheureux mutilés fit sur moi une impression profonde; cependant les indications étaient précises, et l'expérience avait déja sanctionné de son cachet une pareille conduite: j'avais plus vu en cinq jours, qu'en six ans d'étude. Je réfléchissais à la dure nécessité dans laquelle se trouve un chirurgien de retrancher un membre,*

et j'étais fâché de ne pas avoir vu pratiquer les résections. Probablement l'occasion ne s'était pas présentée, car M. Larroche, neveu, et élève de l'illustre chirurgien en chef de l'armée du Rhin, l'aurait saisie avec empressement. J'étais encore préoccupé de l'utilité qu'on pourrait retirer de ces opérations dans les plaies d'armes à feu, quand je reçus l'ordre de me rendre en Afrique. C'est là qu'aux ambulances, et dans les hôpitaux, j'ai pu me convaincre de leur heureuse application. Pour traiter ce sujet, il faudrait sans doute une plume plus exercée que la mienne, et si je n'avais consulté que mes forces, j'aurais reculé devant une tâche, qui est au-dessus d'elles; mais la nécessité de satifaire à une obligation, et le désir de me rendre utile en réveillant l'attention sur ce point de la chirurgie, qui malheureusement est encore peu avancée, m'ont soutenu. Puisse cette idée me mériter l'indulgence de mes juges. Je ne parlerai pas du manuel opératoire, ni de la préférence qu'on doit accorder à tel ou tel procédé. Dans les plaies d'armes à feu, le chirurgien ne peut pas être exclusif; car il y a des circonstances où presque tous les procédés peuvent trouver leur application. Je me bornerai à dire quelques mots de l'histoire de la résection, des cas dans lesquels on doit avoir recours à elle, et du moment qu'on doit choisir pour la pratiquer, de ses avantages ou inconvéniens. Enfin, je rapporterai plusieurs observations, et je laisserai à ceux qui me lisent, le soin d'en tirer des conséquences.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR DES CAS

DE RESECTION DES OS,

A LA SUITE DE PLAIES D'ARMES A FEU.

DÉFINITION.

§ Ier.

La résection est une opération chirurgicale, qui consiste à retrancher dans la contiguité ou la continuité des os, la portion de leur substance qui se trouve dans un état pathologique quelconque ; elle a toujours pour but d'éviter l'amputation du membre.

HISTORIQUE.

L'histoire des résections se perd dans les temps les plus reculés de la chirurgie. Hippocrate parle de la résection des articulations de la main et du pied. Galien la conseille pour certains os du tronc, et pour quelques têtes articulaires. Paul d'Égine (liv. 6, chap. 77) dit : *simili ratione, si ossis terminus propè articulum fuerit vitiatus, idem serrâ auferri debet.* Celse (liv. 8, ch. I, sect. 9) recommande de faire la résection des portions osseuses qui, faisant saillie à travers les chairs déchirées, ne pourraient être replacées, sans les efforts les plus grands et les plus nuisibles, ainsi que de celles dont les pointes irriteraient les parties molles, avec lesquelles elles se trouveraient en contact. Il dit, *inter, quæ si quod parvulum fragmentum eminet ossis, acutum ante accumen ejus, si longius est procidendum.*

Effrayés par les hémorrhagies consécutives à la suite des amputations, il n'est pas étonnant que les anciens, ignorant les moyens hémostatiques qui sont en notre pouvoir, et les lois physiologiques par lesquelles la nature dispense à chaque organe, à chaque membre, la portion de ce fluide réparateur, qui lui est dévolu en raison de ses fonctions ; il n'est pas étonnant, dis-je, qu'ils aient préféré retrancher des portions d'os, et éviter ainsi des inconvéniens auxquels l'art, dans son enfance, ne pouvait remédier. Aucun d'eux cependant ne donne des détails sur le procédé opératoire qu'ils suivaient.

Ce ne fut que lorsque la chirurgie se fut dégagée des préjugés où elle était long-temps restée plongée, et que les connaissances anatomiques vinrent remplacer l'ignorance, les hypothèses et la routine, que l'emploi méthodique des résections vint à l'esprit de quelques praticiens ; car ces opérations, d'une exécution difficile et très compliquée, ne pouvaient être tentées qu'à une époque où la connaissance minutieuse des parties anatomiques, et des lésions morbides, pouvait tracer au chirurgien des règles exactes qui mettraient le malade à l'abri des dangers qu'entraînent après elles des opérations qui ne sont que hardies et aventureuses.

Cette conquête était réservée aux chirurgiens du dix-huitième siècle. C'est aux travaux simultanés de Withe de Manchester, de David de Rouen, de Parck, de Moreau père, qu'appartient la gloire de les avoir fait conter comme des opérations distinctes ; ils en ont tracé les règles et les ont appliquées avec des succès variés, dans des cas de carie des articulations. L'introduction des résections dans le domaine chirurgical a singulièrement contribué à étendre les limites de l'art. Les observations de Bouchet, de Thomas, et de Vigarous de Montpellier, avaient préparé la voie, et avaient annoncé l'heureux changement qui allait s'opérer.

Les observations de Parck sur la résection des articulations du genou et du coude, furent traduites et publiées en 1784, par un célèbre professeur, M. *Lassus*, dont l'autorité devait être si favorable ; elles n'excitèrent que de l'étonnement et de l'incrédulité. Voici comment Bell, compatriote judicieux de Parck, s'exprime (cours complet de Chirurgie, tom. VI, p. 258): « quoiqu'on ne puisse juger du mérite de l'opération,

« que par de nouveaux essais, j'oberverai qu'elle paraît si dangereuse,
« qu'il y a lieu de croire qu'elle ne sera jamais généralement adoptée.»

Moreau est celui qui a le plus fait pour propager l'emploi des résections, et celui auquel la chirurgie conservatrice est la plus redevable.

Le professeur Chaussier présenta, en l'an 7, un mémoire à la Société médicale d'émulation, sur les résultats obtenus dans la résection des articulations, appliqués à plusieurs espèces d'animaux. Quoique, dit-il, dans ces conclusions (tom. III, pag. 597), « aucun des animaux soumis à ces expériences ne soit mort, l'opération n'a pas toujours été couronnée de succès. Ainsi elle a toujours manqué dans les articulations ginglimoïdales, parce qu'elles ne sont pas recouvertes et environnées d'une assez grande quantité de chairs.

La plaie s'est bien cicatrisée, mais, au lieu de former une articulation nouvelle, les extrémités des os étaient éloignées les unes des autres, et la partie au-dessous de l'articulation ne formait qu'une masse pendante, entièrement inutile aux mouvemens de l'animal. » Ces faits sont tout-à-fait contraires à l'opinion de Withe, de Parck, de Moreau et de plusieurs autres, qui prétendent que les os s'allongent. Cependant, je crois qu'on peut concilier ces deux opinions. Des faits existent de chaque côté. La régénération et l'allongement des os chez l'homme est un fait qu'on ne peut plus, je crois, révoquer en doute; mais il est soumis à des circonstances, sans lesquelles il ne saurait avoir lieu que d'une manière peu marquée. Ainsi, il dépend de l'âge, du tempérament, de l'état de santé ou de maladie, et enfin, de la position et de l'immobilité plus ou moins parfaite du membre. Dans les expériences précitées, l'opération faite, on réunissait la plaie, et on laissait à la nature le soin de la guérison. Il est évident que les mouvemens répétés et le poids seul du membre devaient suffire pour éloigner les fragmens; mais si on avait eu soin d'affronter les fragmens, autant que possible, et de retenir le membe dans l'immobilité la plus parfaite, je crois que les résultats auraient été différens. Du reste, la différence de conformation et de vitalité qui existe entre l'homme et les animaux soumis aux expériences, suffirait pour expliquer ces différens résultats. Dans l'hypothèse même de Chaussier, qu'il n'y aurait point allongement des os, je

crois que l'opération serait encore avantageuse, surtout pour le membre thoracique, car on pourrait assujettir les deux fragmens, au moyen d'une gouttière à charnière, et obtenir ainsi du membre des mouvemens plus ou moins étendus. *In tali casu ubi ossium extrema uniri recusant, nil convenientius quàm instrumento quodam apto, in ferro confecto utrinquè membrum comprendere, extremaque jungere, ne in motu vel incessu incommodum aliquod œgrotanti adveniat.* Job-A-Merkren, Obs. méd. chir. pag. 341.

La chirurgie militaire ne resta pas en arrière dans ce mouvement d'impulsion, et tandis qu'à Paris on discutait sur l'utilité et les inconvéniens de cette opération, le baron Percy l'appliquait aux plaies d'armes à feu à l'armée du Rhin. Neuf résections de la tête de l'humérus furent pratiquées pendant cette campagne, avec un succès complet, et décidèrent la question en leur faveur. C'est ici que le chirurgien s'est substitué à la nature, et qu'il est devenu le créateur d'une nouvelle vie; car quel autre que Percy aurait osé braver les préjugés de tant de siècles, et rappeler ainsi à la vie des membres condamnés par l'accord unanime du monde chirurgical! Le baron Larrey a pratiqué dix fois cette opération pendant la glorieuse campagne d'Égypte, et tous les blessés ont conservé leurs membres, et une grande liberté dans les mouvemens.

Des faits du même genre se sont présentés à l'armée d'Afrique, et la résection a presque toujours offert les mêmes résultats.

§ II.

Des cas dans lesquels il convient de tenter la résection des os, et du moment dans lequel on doit la pratiquer.

1° Les résections doivent être pratiquées dans les cas de carie ancienne, lorsque la constitution ne paraît pas trop profondément altérée, que le mal a résisté aux moyens divers qu'on a employés, et que l'on a raison de craindre que des accidens se développent. Ce cas est un de ceux pour lesquels on a le plus souvent pratiqué l'opération, et celui qui a donné lieu aux premiers travaux sur ce sujet.

2° Dans les fausses articulations consécutives aux fractures; elle a été

pratiquée pour la première fois par Withe, en 1769, dans une fracture non consolidée du bras. Cette opération a été répétée plusieurs fois depuis Withe, avec des succès variés.

3° Dans les cas d'ostéo-sarcôme, de spina-ventosa, ou de cancer du périoste;

4° Dans les cas de saillie de l'os à la surface du moignon d'une amputation;

5° Dans les fractures comminutives.

Ce cas est celui que nous nous proposons d'étudier, comme étant le seul qui ait rapport au sujet que nous traitons.

Je crois très difficile de tracer d'une manière rigoureuse et générale, les cas dans lesquels il convient de pratiquer la résection; ces cas sont subordonnés à une foule de circonstauces relatives à l'os fracturé, à la partie daus laquelle il se trouve fracturé, à l'âge, à la constitution de l'individu, et enfin, aux désordres plus ou moins considérables de la partie affectée. Tâchons de donner quelques développemens.

La charpente osseuse ou squelette humain est formé par l'assemblage de plusieurs os, que les anatomistes ont divisé en os larges, courts, et longs, etc. Des fonctions spéciales sont dévolues à chacun d'eux; ainsi les os larges sont destinés à former des cavités, et à protéger des organes importans; les os courts sont destinés à exécuter de petits mouvemens, et à décomposer par les nombreuses surfaces articulaires dont ils sont doués, les chocs des corps extérieurs; ils se trouvent à l'extrémité des membres. Les os longs sont destinés aux grands mouvemens et forment la partie supérieure des membres thoraciques et abdominaux. Mon sujet ne me permettant pas de traiter de toutes les fractures du système osseux, à la suite des plaies d'armes à feu, je me bornerai à dire quelques mots sur les os qui réclament le plus la résection, et à établir les différences qui existent, sous ce rapport, entre les os longs thoraciques et abdominaux.

La gravité des coups de feu varie essentiellement, selon que c'est le membre thoracique ou le membre pelvien qui a été brisé, selon que la fracture a eu lieu dans le corps ou aux extrémités des os longs qui les composent. Dans le premier cas, lorsque l'humérus est fracturé,

soit dans son corps, soit à ses extrémités, l'expérience a démontré que dans la plupart des cas la conservation du membre peut être tentée, si on a la hardiesse de faire des incisions assez profondes et assez étendues, pour atteindre le siége de la solution de continuité, afin d'extraire les esquilles et réséquer les fragmens; en agissant ainsi, on rend la plaie simple de compliquée qu'elle était; et à l'aide d'un appareil contentif, on obtient des cures radicales. L'avant-bras offre ordinairement les mêmes résultats, surtout quand il n'y a qu'un seul os de brisé.

Dans le bras, dit Parck, « les avantages qui résultent de la conservation de la main et des doigts avec tous leurs mouvemens primitifs, excepté ceux de pronation et de supination, sont si évidens et si considérables, indépendamment des mouvemens de l'articulation du coude et de la longueur du bras, qu'il n'y aurait point à hésiter un seul instant. « M. Baudens, dans son cours d'opérations chirurgicales qu'il a fait à Alger, nous disait, et nous l'a souvent démontré aux ambulances, que la résection des os des membres thoraciques, affectés de fracture à la suite de plaies d'armes à feu, est une opération qui offre des résultats aussi avantageux que l'amputation, et que cette dernière doit être proscrite dans tous les cas où les désordres ne sont pas trop considérables.

Dans les cas de fracture du fémur à la suite d'un coup de feu, les conditions de sa conservation ne sont plus les mêmes. La plupart des chirurgiens conseillent l'amputation immédiate, comme le seul moyen pour conserver les jours du blessé. Je crois cette sentence un peu trop exclusive, car il doit y avoir des circonstances où il serait permis de tenter la conservation du membre sans être taxé de témérité. Lorsqu'une balle, par exemple, près du terme de sa course, frappe sur le corps du fémur, elle est déviée, si elle frappe obliquement; ou bien elle s'applatit sur l'os, si elle tombe perpendiculairement; selon sa force d'impulsion, l'os aura été plus ou moins contus, brisé, si le mouvement de rotation et d'impulsion étaient assez forts pour surmonter sa résistance. Dans ce cas, la fracture pourrait être simple, et arriverait, comme à la suite d'un coup de bâton, d'un coup de pierre, etc. Mais elle serait compliquée de deux, de trois ou de plusieurs esquilles. Quoi de plussimple, que de faire uneincisionjusqu'à l'os, etde s'assurer ainsi des

désordres existans. J'ai vu un individu qui, à la suite d'un coup de feu au tiers inférieur de la cuisse, avec fracture du fémur, se refusa à l'amputation du membre, être abandonné à une mort certaine, mort qu'on lui avait déjà prédite, s'il persistait dans sa résolution, et qui se réalisa par la suite. Je conçois que des chirurgiens aient recours à la menace dans des circonstances semblables, et qu'ils déroulent devant les yeux du malade l'affreux tableau des accidens consécutifs, pour le décider à faire le sacrifice de son membre ; mais je ne conçois pas qu'ils restent dans l'inertie, et spectateurs tranquilles, quand le patient préfère la mort, plutôt que de vivre avec un membre de moins. C'est dans ces cas qu on doit avoir recours à tous les moyens, qui offrent quelque chance de salut, et qu'on doit tâcher ainsi de rendre l'espoir, à celui qui l'avait perdu, en pratiquant l'extraction des esquilles, et la résection des fragmens. La nature a de grandes ressources ; il faut l'aider dans son travail.

Dans la fracture de la tête, ou du col du fémur par une balle, lorsque la cavité cotyloïde n'est pas considérablement endommagée, je pense que la résection pourrait aussi être tentée, l'analogie et les résultats obtenus par M. Chaussier dans ses expériences sur plusieurs animeaux pourraient l'autoriser.

Voici comment cet expérimentateur s'exprime dans un passage rélatif à cette opération :

« Après avoir découvert par des incisions convenables l'extrêmité coxale du fémur, on a fait sortir la tête de l'os de son articulation et on a scié plus ou moins bas au-dessous du grand trochanter, de manière à emporter un huitième, un neuvième, et même un quart de la longueur totale de l'os. Après avoir rapproché les chairs et les avoir maintenues en situation par quelques points de suture, on a abandonné aux soins de la nature les animaux opérés. Les plaies se sont fermées sans suppuration, sans exfoliation apparente, la cicatrice a été complète vers le quinzième jour. A la fin du mois, les animaux commençaient à se servir de leur patte pour quelques mouvemens. En examinant, à des époques plus ou moins éloignées, l'état des parties soumises à l'opération, on a reconnu que les muscles avaient rapproché par leur contractions l'extrêmité du fémur.

sur un des points de l'ischium; que l'extrémité amputée était arrondie, encroûtée d'une substance cartilaginiforme, que le point de l'ischium sur lequel il appuyait, avait pris aussi l'apparence cartilagineuse, et présentait quelquefois une fossette articulaire plus ou moins profonde, que le tissu cellulaire formait autour de cette articulation nouvelle, une sorte de capsule membraneuse, dans laquelle était contenu un fluide séreux plus ou moins abondant; enfin, que la cavité cotyloïde se remplissait peu à peu de tissu cellulaire qui en diminuait la profondeur. » Ces faits paraissent concluans, et permettent de croire que les inconvéniens de laisser après la résection un membre court, faible, impropre à son service, ne sont pas aussi grands que quelques auteurs le prétendent, puisque ces animaux s'en servaient avec un grand avantage. La faiblesse et le raccourcissement qui doivent exister naturellement, pourraient d'ailleurs être modifiés au moyen d'appareils convenables. Cette opération a été tentée pour la première fois en France, par M. Seutin, au siége d'Anvers, le blessé a succombé; mais combien de revers ne coute-t-on pas dans les amputations coxo-fémorales, pour quelques succès?

Les fractures du tibia et du péroné, guérissent plus facilement que celles du fémur, et la résection doit toujours être tentée, surtout quand il n'y a qu'un seul os de fracturé, et que d'autres causes ne contre-indiquent pas la conservation du membre. Les résultats ne sont pas aussi satisfaisans, que dans les membres thoraciques; car la jambe est entourée de puissances musculaires bien autrement développées, et ses fonctions, et ses usages sont bien différens. Le grand rôle qu'elle joue dans la station en recevant tout le poids du corps, pour le transmettre au sol, exige de sa part une grande résistance; et il importe de bien connaître jusqu'à quel point celle-ci peut être affaiblie sans nuire aux fonctions de ce membre, et jusqu'à quel point on peut compter sur les efforts de la nature pour réparer les lésions dont il est atteint.

L'âge trop avancé, paraît être une contre-indication pour l'emploi des résections. Cependant une observation que j'ai eu lieu de suivre en Afrique, et qui se trouve consignée dans ma thèse, paraîtrait

démontrer qu'elle peut être tentée avec succès. En général, je crois qu'on doit préférer l'amputation lorsque le sujet est vieux qu'il est épuisé par des maladies, que la perte de substance de l'os est considérable et qu'on a lieu de croire que la nature n'est plus assez puissante pour remédier aux désordres occasionnés par le projectil. Je crois que l'amputation immédiate est la seule ressource, dans ces cas, qui se présentent assez rarement dans les rangs de l'armée, ordinairement composée d'hommes valides.

Il n'en est pas de même des constitutions et des tempéramens. Les vices scrophuleux, scorbutiques, vénériens, dartreux, rhumatismals, se rencontrent assez souvent chez les militaires, surtout les trois derniers. La coexistence de l'un de ces vices, quoique ne contre-indiquant pas l'opération d'une manière absolue, peut en rendre les chances douteuses. La funeste influence qu'ils exercent dans la consolidation des fractures, est connue de tous les praticiens. C'est dans ces cas, que le chirurgien doit faire preuve de sagacité et de connaissances profondes, afin de ne pas priver un homme d'un membre qu'une opération sage et hardie aurait pu lui conserver, alors surtout, qu'un traitement interne, convenablement dirigé, eût multiplié les chances heureuses de l'opération elle-même. L'excès contraire est aussi à éviter; un chirurgien ne doit pas, pour la gloire de tenter une opération, compromettre les jours du malade, en voulant conserver un membre, que la saine chirurgie conseille de retrancher. Ce n'est donc qu'après avoir attentivement examiné les désordres locaux, et avoir pris en considération, l'état général du blessé qu'il devra se décider pour telle ou telle opération; c'est à l'heureuse association de la médecine et de la chirurgie, que nous devons les grands résultats que la chirurgie conservatrice a obtenu de nos jours. Le chirurgien n'est plus maintenant un simple raccolleur ou un coupeur comme on l'appelait autrefois. Aux notions anatomiques et opératoires, il joint la connaissance de l'homme en état de santé et en état de maladie; il apprécie d'avance les modifications que l'organisme subira après telle ou telle opération, l'influence que l'état général du malade doit avoir, sur les résultats de l'opération

elle-même, et déduit de tous ces faits des conséquences d'après lesquelles il se dirige dans sa pratique.

Par rapport aux désordres plus ou moins considérables du membre, je pense que la résection doit être tentée toutes les fois que le projectil a borné son action à l'os et aux muscles, que ces derniers ne sont pas contus et dilacérés dans une trop grande étendue, que les nerfs et les vaisseaux ne sont pas endommagés et qu'il n'existe point de contre-indication. Dans le cas contraire, on doit avoir recours à l'amputation.

Le choix du moment dans lequel on doit pratiquer la résection, ne doit plus être une question; aujourd'hui, que l'amputation immédiate est préconisée dans toutes les écoles, et que ses avantages, si bien démontrés par l'expérience de tous les jours, sont confirmés par l'assentiment des grands maîtres de l'art; la résection doit être pratiquée immédiatement, car si dans une amputation il y a encore des cas où il est permis de temporiser, il n'en est pas de même de la résection, le gonflement des parties, les douleurs continuelles produites par la présence des esquilles qui agissent dans ces cas comme des corps étrangers, la suppuration, la gangrène, etc., peuvent compromettre les jours du blessé et rendre l'opération impossible.

M. Larrey, dont l'opinion est d'un si grand poids, dit que la résection, quand elle peut être tentée, doit toujours être pratiquée avant le développement des accidens consécutifs.

§ III.

Parallèle entre l'amputation et la résection.

Ce serait rendre un grand service à la science, que de tracer, d'une manière définitive, les avantages de la résection sur l'amputation, ou de celle-ci sur la première, et d'indiquer dans quelle circonstance, l'une doit être préférée à l'autre. Ce travail est au-dessus de mes forces, et je m'aperçois que dès le début, j'aurais dû mieux me rappeler le précepte d'Horace.... *Versate diu quid valeant humeri, quid ferre recusant.* Dans l'état actuel de la science,

cette question ne peut pas être décidée. En parlant des différentes circonstances qui, sous ce rapport, se rattachent aux os longs, thoraciques, et abdominaux, j'ai tâché d'indiquer les cas dans lesquels on devait donner la préférence à l'une de ces opérations plutôt qu'à l'autre. Voyons maintenant de dire quelques mots sur les avantages et les inconvéniens de chacune des deux.

Les accidens consécutifs aux plaies des articulations, surtout à celles qui résultent de l'action d'un instrument piquant et tranchant, ont fait penser à quelques chirurgiens', que la résection dans la contiguité des os était une opération très grave et qu'elle compromettait toujours les jours du blessé; sans vouloir rien diminuer de sa gravité, j'observerai que la plus part des accidens lui sont communs avec toutes les grandes opérations. Si les plaies des articulations par instrument piquant et tranchant sont aussi dangereuses que l'expérience paraît le démontrer ces accidens sont bien plus redoutables encore quand elles proviennent de coups de feu, parce qu'alors il existe une perforation souvent parsemée de petites esquilles qui, abandonnées entre les surfaces articulaires, y entretiennent des suppurations sans fin. En outre, cette perforation livrant entrée à l'air en même temps qu'il donne issue à la synovie, il survient une grande sécheresse des surfaces articulaires qui bientôt vont devenir le siége d'une inflammation très vive. Par la résection, on obvie à une partie de ces inconvéniens, en rendant la plaie simple de compliquée qu'elle était, et en affrontant les bords afin d'empêcher l'entrée de l'air.

Les principaux argumens contre les résections sont les suivans:
1° La difficulté du manuel opératoire.

2° La somme des douleurs résultant d'une résection, et qui est infiniment supérieure à la somme des douleurs d'une amputation; aussi, la première épuise-t-elle plus que la seconde, et dispose-t-elle plus particulièrement à des accidens nerveux.

3° La plaie qui est nécessitée par une résection, est toujours plus irritée pendant le manuel opératoire, que celle d'une amputation; aussi, l'inflammation et la réaction générale doivent-elles être plus intenses.

4° La nécessité dans laquelle se trouve la plaie de suppurer pendant un temps plus ou moins long, et qui l'expose ainsi à la résorption purulente.

Aucun de ces argumens ne me paraît mériter une grande importance. La difficulté du manuel opératoire ne doit pas en être un, car le chirurgien est censé connaître parfaitement toutes les parties du corps humain, et avoir acquis par l'exercice sur le cadavre, l'habitude de pratiquer toutes les opérations avec dextérité.

La différence des douleurs peut être très faible, et d'un autre côté le seul mot d'amputation suffit pour effrayer le blessé; l'idée de sacrifier un membre, d'éprouver une mort partielle, le fait déjà souffrir presque autant que l'opération. Je ne prétends pas par là, nier l'influence de la douleur physique sur l'économie, mais je crois qu'elle est bien plus fatale dans les cas où elle n'est point compensée par une espérance future. Or, ici le dédommagement se trouve du côté de la résection; le blessé espère conserver son membre, et cette idée qui soutient son moral, augmente aussi ses forces. Aux expéditions de Mascara et de Tlemecen, j'ai été en même d'observer ces deux genres d'opération, et je n'ai jamais pu constater cet épuisement et ces accidens nerveux, que les auteurs signalent à la suite des résections; je dirai même plus, je crois que chez les sujets qui les avaient subis, le moral était meilleur que chez les amputés; ces derniers, à la vérité, guérissaient plutôt, mais avec un membre de moins. En difinitif, si tous les argumens que j'ai signalés restent appliquables à la résection, les résultats qu'elle offre sont beaucoup plus beaux que ceux de l'amputation; celle-ci sacrifie un membre que l'autre conserve, et ce dernier point est le but vers lequel doivent le plus possible tendre les efforts du chirurgien. Je fais des vœux pour que cette opération soit plus souvent pratiquée, et que d'heureux succès constatent l'utilité de son application, les progrès faits depuis quelques années, peuvent le faire espérer. Ceux qui la pousseront plus loin, auront rendu un grand service à l'humanité.

RÉSECTION DES OS DANS LEUR CONTINUITÉ.

Observation première. — *Coup de feu à la mâchoire inférieure, avec fracture du corps de l'os ; extractions des esquilles ; résection des deux fragmens ; guérison.*

Le 5 juillet 1835, le nommé G...., grenadier au 10e léger, âgé de 25 ans, d'une constitution robuste, et d'un tempérament saguin, après une expédition fatigante dans la plaine de la Mithidja, voulut se détruire. Pour cela, à son arrivée au camp de Bouffarick, où je me trouvais chargé d'une demi-section d'ambulance, il s'ennivra, et au moment de partir, il prit son fusil et mettant le canon sous la gorge, il en fit partir la détente au moyen du gros orteil du pied droit ; mais ayant relevé le menton ou moment de l'explosion, la machoire inférieure se trouva seule endommagée. Voilà ce qu'il présentait, lorsque je le vis un moment après l'accident. Il était couché dans un hamac sans connaissance ; une plaie hideuse se remarquait à la partie supérieure et antérienre du cou, elle était dirigée de droite à gauche.

Le corps de la mâchoire était brisé en esquilles dans l'étendue de deux pouces au moins ; la fracture s'étendait *de la symphyse du menton du côté droit*, à la troisième dent molaire du côté gauche, les muscles génio-glosse, génio-hyoïdien et milo-hyoïdien de ce côté se trouvaient déchirés et contus par les nombreuses esquilles dont la plaie était parsemée. Au moyen de deux incisions obliques, je fis l'extraction des esquilles et réséquai avec un fort bistouri (seul instrument qui fut à ma disposition) les extrémités des deux fragmens ; les parties molles trop contuses et brulées par l'explosion de la poudre furent enlevées avec les ciseaux ou le bistouri. Les bords raffraîchis et la plaie nettoyée, je poussai les deux fragmens contre la mâchoire supérieure et j'en rapprochais les bords au moyen de quatre points de suture et des bandelettes agglutinatives. Un linge effilé enduit de cérat fut introduit entre les bords de la plaie à la partie la plus déclive, afin de procurer un écoulement à la suppuration. Un linge fenêtré enduit de cérat et de la charpie, furent appliqués sur la plaie et

recouverts par une plaque en carton, qui s'étendait d'un angle de la mâchoire à l'autre. Le tout fut fixé au moyen d'un bandage approprié.

L'opération fut longue, tant à cause du manque d'instrumens, qu'à cause de l'état d'ivresse, dans lequel se trouvait le blessé; l'appareil fut constamment arrosé avec de l'eau fraîche pendant les 48 heures qu'il resta à Bouffarick.

Le soir, vers les 11 heures, dès que les symptômes de l'ivresse se furent un peu dissipés, je lui pratiquai une forte saignée. Nuit fatiguante, soif, déglutition difficile, oxycrat.

Le 6, à la visite du matin, G..... était un peu calme, il avait reposé depuis quatre heures jusqu'à six, et se repentait de ce qu'il avait fait le soir. Le pouls était plein sans être fréquent, la chaleur de la peau naturelle, le bandage qui s'était imprégné de sang pendant le nuit, formait une espèce de moule très solide. Diète, oxycrat. La journée est assez bonne; à la visite du soir, il a un peu de chaleur fébrile, le pouls est un peu fréquent, et le malade accuse un léger mal de tête; la déglution est devenue un peu plus difficile, il est obligé de prendre ses boissons au moyen d'un tuyau en roseau; point de selles; lavement loxatif, bains de pieds sinapisé, sommeil agité.

Le 7 au matin, le pouls est plus fréquent et le mal de tête plus intense, saignée de huit onces. Diminution de l'éréthisme. La journée est bonne; je l'évacue le soir sur l'ambulance de Douera, d'où on le fit partir quelques jours après pour l'hôpital du Dey. Cet homme est sorti vers la fin du mois de novembre, quatre mois après l'accident, parfaitement guéri, et offrant une cicatrice adhérente, et un léger rétrécissement du corps de la mâchoire. Je regrette de n'avoir pu suivre ce blessé, et je suis fâché d'offrir une observation incomplète quand à la marche de la maladie.

A la suite de plaies d'armes à feu, M. Baudens a pratiqué plusieurs fois, avec son habileté ordinaire et un succès complet, la résection du maxillaire inférieur, soit dans son corps, soit dans ses branches: ses malades ont été complètement guéris dans l'espace de deux mois.

Cette opération tentée avec succès pour la première fois en 1812, par M. Dupuytren, dans un cas de carie, a été pratiquée avec un égal

avantage par les grands chirurgiens dont la France s'honnore : MM. Delpech, Lallemand, Gensoul, Richerand, Lisfranc, Roux, Martin, Serre, etc., dans des cas d'altération de cet os.

OSERVALION DEUXIÈME. — *Coup de feu à la partie externe et moyenne de la jambe gauche, avec fracture comminutive du péroné. Résection des deux fragmens. Perte de substance de quatre pouces. Guérison.*

Le nommé Geoffroi, caporal à la première compagnie du détachement de Tlemecen, âgé de 26 ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatico-sanguin, fut blessé à la jambe gauche le 7 avril 1836, à trois heures de l'après midi, aux avant-postes: la bale avait pénétré à la partie externe et moyenne de la jambe, et après avoir brisé le péroné en esquilles était venue sortir an bord postérieur du mollet. M. Laeger ayant sondé la blessure avec les doigts et s'étant assuré des désordres qui existaient, fit une incision de plus de quatre pouces à la partie externe, et une autre de trois pouces à la partie postérieure, au moyen desquelles il lui fut facile d'extraire toutes les esquilles, ainsi qu'un morceau de drap, et un morceau de plomb qui s'était applati, et qui je crois était un quartier de balle. Les deux fragmens, qui offraient des inégalités furent réséqués avec les tenailles incisives, et un fort couteau.

La plaie nettoyée, on procéda au pansement en plaçant une mèche de charpie dans l'angle inférieur de chaque incision, un linge fenêtré enduit de cérat et un gâteau de charpie furent appliqués par dessus et le tout fut maintenu au moyen d'un bandage à dix huit chefs. Un bandage roulé avait été préalablement placé sur les pieds, jusqu'à la partie inférieure de la blessure. Le membre fut placé sur un plan orizontal et maintenu dans l'immobité. Il y eut pendant la nuit une légère hémorrhagie qui s'arrêta facilement au moyen de lotions d'eau froide; la nuit fut bonne.

Le 8, saignée préventive, diète, tisane d'orge. Aucun accident ne se manifesta. Le 11, levée du premier appareil; la suppuration commence à s'établir, le membre est rouge, douloureux et un peu tuméfié; les bords de la plaie sont écartés et rouges; linge fenêtré, charpie, cataplasmes émolliens changés deux fois par jour. La suppuration devient de plus en plus abondante, des petites esquilles sortent de temps en

temps mêlées au pus; l'inflammation persiste, et la cicatrisation n'avance pas. Les deux plaies communiquent toujours jusqu'à la fin du mois de mai ; à cette époque l'inflammation s'était dissipée, la suppuration commence à diminuer et ne charrie plus de débris osseux. Des bourgeons charnus, rouges, s'élèvent des deux côtés, et la plaie antérieure marche vers la cicatrisation. A cette époque, on supprima les cataplasmes, et on ne pensa plus la plaie que tous les deux jours. Vers le 10 juin, le malade se trouvait tout à fait bien, et s'attendait à une prompte guérison ; la plaie postérieure vers laquelle se dirigeait le pus, s'était dégorgée et ses bords s'étaient affaissés et tendaient vers la cicatrisation. Enfin, le 24 juin, jour de l'arrivée du général Bugeaud, il se trouvait presque guéri et voulait se promener. Mais l'armée nous ayant laissé 130 malades, atteints de dyssenterie et de diarrhée, ils se trouvèrent entassés dans un espace très étroit, et Geoffroi contracta cette dernière, ce qui retarda de beaucoup sa guérison, qui n'a eu lieu définitivement qu'au mois de janvier. La jambe était faible et les mouvemens de l'articulation du pied un peu gênés, mais tout cela se sera dissipé par l'exercice et par l'usage des eau thermales, pour lesquelles il était désigné.

Troisième Observation. — *Coup de feu à la partie inférieure du tiers supérieur de l'humérus. Extraction de plusieurs esquilles. Résection des fragmens. Perte de substances de quatre pouces. Guérison sans raccourcissement appréciable.*

Le nommé M[d] Kourouglis de Tlemecen, âgé de 20 ans, d'une constitution robuste et d'un tempérament sanguin, reçut, le 6 avril à 9 heures du matin, un coup de pistolet à bout portant au bras gauche. Je fus appelé immédiatement après l'accident, avec M. Laeger, sujet très distingué de cette école, et faisant alors fonction de chirurgien-major au détachement de Tlemecen, auquel j'étais attaché en qualité d'aide-major.

La maison de Mohamed était remplie par une foule de femmes échevelées, qui exhalaient leur douleur par des cris barbares, usage habituel chez les turcs quand quelqu'un est blessé ; après avoir traversé cette cohue qui, à notre vue, calma un peu ses vociférations, nous pénétrâmes dans la chambre où était le blessé. Nous le trouvâmes

couché sur des nattes étendues sur une petite estrade, le visage pâle et entouré de plusieurs de ses amis. Après les avoir un peu rassurés, M. Lacger sonda la plaie en introduisant son doigt indicateur droit, par la plaie d'entrée qui était située sur le bord externe du biceps, et son indicateur gauche, par la plaie de sortie qui était diamétralement opposée, il lui fut facile de reconnaître les désordres qui existaient; l'humérus était pour ainsi dire broyé; m'ayant fait sentir les nombreuses esquilles qui étaient parsemées dans la plaie, nous nous décidâmes à tenter la résection. Nous savions du reste que la loi du prophète défend aux vrais croyans de se laisser amputer; par conséquent, nous n'en parlâmes point; nous avions l'expérience pour nous.

L'opération fut faite de la mainère suivante :

L'appareil préparé, et le blessé assis sur l'estrade, et soutenu par plusieurs de ses amis, M. Lacger se plaça au côté externe, fit une incision de plus de quatre pouces, à la partie antérieure, et une autre moins grande, à la partie postérieure. Les esquilles extraites, je poussai en haut le fragment inférieur qui vint saillir à la partie antérieure; l'ayant dénudé de son périoste dans l'étendue d'un bon pouce, vu l'inégalité du fragment, l'opérateur le scia, en interposant une atelle entre l'os et les chairs. La fracture du fragment supérieur était moins irrégulière, et comme il offrait, du reste, très peu de prise, on le réséqua avec les tenailles incisives. La plaie nettoyée, on procéda au pansement qui fut très simple. Une mèche de charpie fut placée dans l'angle inférieur de chaque incision, et la plaie recouverte avec un linge fenêtré et de la charpie. Le tout fut maintenu, au moyen d'un bandage à fracture du bras. Le blessé avait supporté l'opération, qui fut assez longue, avec un calme stoïque; l'espoir de pouvoir conserver son membre avait triplé son courage. Il n'y eut aucune ligature à faire. On lui recommanda le repos et la diète la plus sévère. Le soir : saignée préventive. Aucun accident ne survint pendant le traitement qui a été très long. Les pansemens rares dans le principe devinrent plus fréquens à mesure que la suppuration augmenta. La cicatrisation n'a eu lieu que le 11e mois.

A mon départ de Tlemecen (21 mai 1837), cet homme avait repris son métier de musicien chez le Bey. Son bras était encore faible, et un peu atrophié, ce qui s'explique par la longue inaction, et par la

compression que le bandage a exercé sur le membre. Le raccourcissement est à peine sensible. On voit une cicatrice de deux ou trois lignes adhérentes à un cal inégal.

Une observation du même genre s'était présentée à l'expédition de Mascara, dont je faisais partie. Je l'avais recueillie, et je comptais de l'insérer dans ma thèse, quand, à ma rentrée en France, j'ai appris que l'habile opérateur de l'armée d'Afrique venait de publier le résultat de ses observations depuis l'occupation de la Régence, sous le titre de Clinique des plaies d'armes à feu. Je me bornerai à le copier textuellement.

« Pendant l'expédition de Mascara, D...., voltigeur du deuxième régiment léger, reçut une balle qui lui fractura la partie moyenne de l'humérus. A la première inspection, on reconnaissait aisément la solution de continuité, mais rien n'annonçait de graves complications. Sachant par expérience que toute fracture du corps des os longs, provenant d'une balle, est toujours accompagnée de grands et nombreux éclats d'os, je n'hésitai pas à diviser largement la plaie d'entrée, parce qu'elle était plus rapprochée de l'os que celle de sortie, et à la faveur de cette dilatation, je réséquai les fragmens anguleux de la fracture, et j'enlevai toutes les pièces d'os que le projectil avait semé dans son trajet. Exempte désormais de toute complication, cette lésion marcha d'un pas rapide vers la guérison, et trois mois plus tard, la consolidation fut parfaite, sans raccourcissement. Il y a encore de la faiblesse; mais D.... ayant été envoyé aux eaux thermales, il est probale qu'elles lui auront été profitables (1). »

Le même auteur rapporte deux autres cas du même genre.

La première résection a été faite le 9 avril 1836, sur un sodat du bataillon d'Afrique. — L'humérus était fracturé à sa partie supérieure; il en retira quatre grosses esquilles, au moyen d'une incision, dont une longue de quatre pouces huit lignes; réséqua les deux fragmens, et l'homme fut guéri au bout de trois mois, sans raccourcissement, quoique l'os eût éprouvé une perte de substance de cinq pouces au moins (2).

(1) Ouvrage cité, page 471.

(2) Ouvrage cité, page 472.

La seconde est une observation de résection consécutive, à un coup de de feu dans le quart inférieur du bras, avec fracture oblique de l'humérus. Résection du fragment inférieur douze jours après l'accident; guérison au bout de cinq mois.

DE LA RÉSECTION DES OS DANS LEUR CONTIGUITÉ.

Observation première. — Cette observation, qui a été faite sous nos yeux à l'expédition de Tlemcen, est extraite de l'ouvrage de M. Baudens, page 553. Je rapporterai aussi deux autres résections que l'auteur a pratiqué avec succès.

« Ben Kadour, arabe, de la tribu des Smélas, notre allié, âgé de 60 ans, remarquable par sa maigreur, reçut, le 16 janvier 1836 (expédition de Tlemcen), une balle qui, dirigée transversalement, lui brisa la tête de l'humérus du côté droit. Les désordres reconnus, voici comment l'opération a été faite. Ben Kadour est assis près de sa tente sur un sac d'orge, l'opérateur saisit avec la face palmaire de la main gauche les parties molles de l'aisselle pour bien tendre le moignon de l'épaule, et de la main droite, il plongea le tranchant d'un long bistouri droit, immédiatement en dehors de l'apophyse coracoïde pour faire une incision longue de cinq pouces en arrivant de prime abord sur l'articulation dont le ligament se touva divisé du premier coup.

« Les contractions musculaires des deux lèvres s'opposant à l'action de l'instrument, et à la sortie de la tête de l'humérus, il incisa dans l'angle supérieur de la plaie, une partie de ces muscles en travers, et dans l'étendue de dix lignes de chaque côté, ayant soin de respecter la couche cutanée dont l'élasticité ne saurait apporter d'obstacles. Au moyen de ces incisions, il fut facile de couper les muscles qui s'attachent aux deux tubérosités, et de faire sortir la tête de l'humérus.

« Toute la lésion se trouvait bornée à sa moitié antérieure, la supposant coupée par une ligne verticale. M. Baudens se borna à emporter avec la scie cette demi-sphère. Il n'y eut point d'hémorrhagies; trois points de suture profondément engagés fermèrent la plaie, et il procéda au pansement qui fut arrosé d'eau froide pendant quelques jours.

« Cet arabe ne vint pas à l'ambulance, continua à vivre avec les siens

sous la tente, mangeant et buvant à peu près comme à son ordinaire, faisant route monté sur une mule, et venant se faire panser tous les quatre jours. La plaie marcha rapidement vers la guérison, et à notre retour à Oran, environ vingt-cinq jours plus tard, elle était fermée complètement.

« Ben Kadour ne se servait pas encore de son bras à cette époque, et le tenait en écharpe ; mais nul doute qu'il n'ait recouvré une grande partie de ses fonctions après quelques mois. »

Deuxième observation. — La deuxième opération a été pratiquée de même manière que la précédente, seulement, elle a été pratiquée un mois et demi après l'accident, et toute la tête a été emportée. Le sujet était un sergent du premier bataillon d'Afrique, blessé le 3 octobre 1833, à Bougie, et évacué quelques jours après sur Alger. L'examen de la tête de l'humérus fit voir une perforation circulaire au fond de laquelle était fixée une balle de plomb. La cicatrice fut complète au bout d'un mois, et ce militaire, qui a continué à servir, est aujourd'hui sous-lieutenant, et fait un bon officier.

Troisième observation. — C'est une résection de la tête de l'humérus, de la cavité glénoïde et de toute l'épine de l'omoplate, du côté droit, à la suite d'un coup de feu. Guérison en douze jours.

Quatrième Observation. — *Coup de feu dans l'articulation scapulo-humérale, avec fracture de la tête et de la partie supérieure de l'humérus. Résection. — Mort le vingt-et-unième jour, à la suite du tétanos. — Nécropsie.*

Le nommé G...., soldat au détachement de Telemecen, âgé de vingt-quatre ans, d'une bonne constitution et d'un tempérament nerveux, fut blessé le 22 mars 1837, à huit heures du matin, aux avant-postes. Apporté à l'ambulance, on remarqua que le projectil était entré à la partie supérieure et antérieure du deltoïde, et était sorti à sa partie postérieure, en réduisant en esquilles la tête de l'humérus. Ces désordres reconnus, voici de quelle manière l'opération fut exécutée :

Le malade assis sur un banc, et soutenu par derrière par un soldat, M. Lacger fit avec un couteau deux incisions jusqu'à l'os, partant chacune des deux ouvertures faites par la balle, et se rencontrant à la partie antérieure du bras, en formant un V. Le lambeau détaché et relevé,

on fit la ligature de la circonflexe postérieure qui donnait du sang. Après ce premier temps, l'opérateur pénétra dans l'articulation par sa partie supérieure, et coupa les muscles qui s'attachent aux deux tubérosités, ainsi que la longue portion du biceps ; la tête était divisée en trois esquilles principales, et détachée du reste de l'os, ce qui exigea un peu plus de temps à cause du peu de prise que les fragmens offraient. Le fragment inférieur était très inégal, et offrait deux esquilles adhérentes de plus d'un pouce. Le bras appliqué contre le tronc, et porté en haut, l'humérus fit saillie au dehors, l'opérateur le dénuda de son périoste dans l'étendue d'un pouce environ, et en fit la résection en interposant entre l'os et les chairs une atelle, afin de les garantir de l'action de la scie. La résection faite, on enleva soigneusement la capsule articulaire avec des ciseaux courbes. La cavité glénoïde était tout-à-fait saine. La plaie nettoyée, on procéda au pansement ; on appliqua d'abord un bandage roulé sur tout le membre, en commençant par sa partie inférieure, jusqu'à un pouce au-dessous de la plaie. Une mèche de charpie fut introduite entre les bords de la plaie formée par la jonction des deux incisions au sommet du V, afin de laisser un écoulement à la suppuration ; quatre points de suture furent pratiqués sur chaque incision, afin de mettre en contact les bords de la plaie. Leur action fut aidée par six bandelettes de diachylum, de dix-huit pouces de long sur un pouce de large. Le tout fut recouvert par un linge fenêtré et de la charpie, et maintenu par un bandage approprié. Le bras fut tenu ensuite dans l'immobilité la plus parfaite au moyen d'un bandage de corps et d'une écharpe. L'opération fut assez longue, mais le malade l'avait supportée avec courage. Le soir, une large saignée lui fut pratiquée, et il fut mis à la diète la plus sévère, et à l'usage de la limonade tartrique. Aucun accident ne se manifesta les premiers jours ; le blessé était content et demandait à manger. Le 27, levée du premier appareil sans toucher aux bandelettes ; la suppuration commence à s'établir. Même pansement, même prescription. 29, levée de l'appareil et des bandelettes. La suppuration est bien établie ; le gonflement et les symptômes inflammatoires ne sont pas très intenses ; la plaie a un bel aspect ; l'incision postérieure s'est réunie par première intention, et l'antérieure marche vers la réunion,

quique un peu plus enflammée. Tout faisait présumer un heureux succès, toutes les fonction s'exécutaient parfaitement, et le malade demandait à manger à grands cris : un demi-riz au lait. Même pansement.

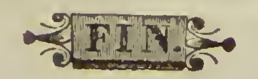
Ce mieux dura jusqu'au 2 avril; dans la nuit du 2 au 3, il fut pris de douleurs lancinantes avec des tiraillemens dans l'épaule et des frissons de temps en temps dans la colonne épinière. Le matin il nous fût facile d'après le faciès du malade, et les symptômes qui existaient, de reconnaître le développement du tétanos. Le traitement anti-phlogistique, fut employé dans toute son étendue ; trois saignées, des ventouses scarifiées le long du cou et de la colonne vertébrale furent appliquées dans les deux premiers jours de l'invasion. L'opium fut administré à haute dose, soit sur la plaie, soit à l'intérieur, mais tout fut inutile, ou dumoins ne servit qu'à retarder de quelques jours l'issue funeste. G...... l'éteignit le 13 à 11 heures du matin, épuisé par dix jours de souffrances continuelles.

Le développement du tétanos, avait nécessité la suppression des bandelettes et des sutures, et l'emploi des cataplasmes émoliens opiacés. Les bords de la plaie s'étaient écartés, surtout à la partie antérieure, où on remarqua dès le début, un point grisâtre très douloureux avec des granulations, et qui s'étendit successivement sur toute la plaie. La suppuration avait diminué de beaucoup. Le moignon de l'épaule était déprimé. La plaie inférieure où on avait introduit une mèche de charpie pour l'écoulement du pus, avait acquis près d'un pouce. Le sommet du V s'était mortifié.

L'incision postérieure qui était cicatrisée au moment du développement du tétanos s'était rouverte. Quelle en a été la cause ? Est-ce l'inflammation ou bien les tractions musculaires, qui ont produit cet écartement ? Je serais porté à croire, que toutes les deux y ont contribué, mais que la principale, est la contraction musculaire. L'humérus, était dénudé et nécrosé, dans l'étendue d'une ligne au-dessous de la résection, et l'exfoliation était assez avancée, car les bords de l'os s'étaint arrondis. Au-dessous on remarquait une espèce de virole d'une substance carthilagineuse à la base, et cellulo-vasculeuse à sa superficie ; elle avait déjà acquis plus de trois lignes de hauteur, sur six lignes d'étendue. Le cartilage articulaire glé-

noïdal était noir et détaché dans toute sa circonférence ; il ne tenait à la cavité glénoïde que par son centre. L'os présentait des petits bourgeons charnus dans les endroits où il était dénudé, etc.

Voilà une résection qui était bien indiquée, et dont le résultat paraissait devoir être heureux. Ceux qui ne sont pas partisans des résections en tireraient une preuve de plus des dangers qu'entraîne après elle cette opération, si des circonstances particulières ne s'y rattachaient. M. Laeger ne s'est jamais abusé sur la réussite de cette opération. Huit jours avant cet accident nous avions perdu du tétanos un artilleur qui n'avait reçu que trois coups d'yattagans sur l'avant-bras gauche. Les plaies s'étaient réunies par première intention et le blessé pensait déjà à sortir, quand le onzième jour le tétanos se déclara et enleva le malade le vingt-unième jour. Ces deux hommes avaient été surpris par les bédouins, qui étaient embusqués en grand nombre ; ils avaient lutté corps à corps et n'avaient échappé à la mort, que par une espèce de miracle ; quand on les dégagea, ils doutaient encore un moment après de leur existence, l'impression avait été d'autant plus forte que le danger n'était pas prévu. Le moral et le physique de ces hommes de fer qui avaient supporté pendant un an toutes les privations avec une constance héroïque, avaient enfin fini par s'affaiblir vers le quinzième ou seizième mois ; les maladies avaient pris un caractère plus grave, ils avaient été trompés dans leurs espérances! La constitution athmosphérique vint aussi joindre son influence à toutes ces causes prédisposantes ; depuis le premier avril jusqu'au quinze, nous avons eu constamment de la neige. Nos malades étaient couchés dans des salles au rez-de-chaussée sans cheminées et sans poiles, et dont les portes étaient fermées par des haïcks. Les soins généreux et éclairés du chef qui nous commandait n'avaient pas pu tout créer dans un pays où on manquait de tout. Il n'est donc pas étonnant que sous l'influence de tant de circonstances défavorables, la résection n'ait pas réussi. L'amputation dans l'article, aurait été probablement suivie du même résultat.



FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MESSIEURS

CAIZERGUES, DOYEN. Clinique médicale.
BROUSSONNET. Clinique médicale.
LORDAT. Physiologie.
DELILE. Botanique.
LALLEMAND. Clinique chirurgicale.
DUPORTAL. Chimie médicale.
DUBRUEIL. Anatomie.
DUGES, *Président.* Pathologie chirurgicale. Opérations et Appareils.
DELMAS. Accouchemens. Maladies des femmes et enfans.
GOLFIN. Thérapeutique et Matière médicale.
RIBES Hygiène.
RECH. Pathologie médicale.
SERRE. Clinique chirurgicale.
BÉRARD. Chimie générale et Toxicologie.
RÉNÉ. Médecine légale.
RISUENO D'AMADOR. Patholog. et Thérapeut. génér.

Professeur honoraire.

AUG.-PYR. DE CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

VIGUIER.
KUHNHOLTZ.
BERTIN.
BROUSSONNET
TOUCHY.
DELMAS.
VAILHÉ.
BOURQUENOD.
FAGES.
BATIGNE.
POURCHÉ.
BERTRAND.
POUZIN.
SAISSET.
ESTOR.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.